

SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE NACIMIENTO O MUERTE
CITY OF DALHART
P.O. BOX 2005 DALHART, TX 79022
PHONE 806-244-5511 FAX 806-244-4414
wendyk@dalharttx.gov

**HONORARIOS: NACIMIENTO: \$23.00
MUERTE: \$21.00 PRIMERA COPIA/\$4.00 CADA COPY ADICIONAL**

1. NOMBRE EN EL REGISTRO: _____
PREMERO EL MIDIO ULTIMO
2. FECHA DE NACIMIENTO/MUERTE: _____ SEXO _____
3. LUGAR DE MACIMIENTO/MUERTE: _____
4. NOMBRE COMPLETO DE PADRE: _____
5. NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE: _____
6. NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
7. DIRECCION DEL SOLICITANTE: _____
8. NUMERO DE TELEFONO DEL SOLICITANTE: _____
9. RELACION CON LA PERSONA EN #1: _____
10. PROPOSITO DE OBTENER EL REGISTRO: _____
11. NUMERO Y TIPO DE IDENTIFICATION: _____
(DEBE MOSTRAR UNA IDENTIFICACION VALIDA, LICENCIA DE CONDUCIR O 2 OTRAS FORMAS DE IDENTIFICACION)

ADVERTENCIA: La pena para hacer a sabiendas una declaracion falsa en este formulario puede ser 2-10 anos de prision y una multa de hasta \$10,000.00 (codigo de salud y seguridad, capitulo 678 seccion 195.003)

FIRMA DEL SOLICITANTE FECHA DE HOY

REGISTROS DE MUERTE SOLAMENTE:

- SEGURIDAD SOCIAL # DE DIFUNTOS: _____
- FECHA DE NACIMIENTO: _____
- LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NOTA: acta de macimiento es confidencial por 75 anos desde la fecha de nacimiento y registros de muerte son confidenciales durante 25 anos desde la fecha de la muerte, por lo tanto, la emision es restringido. Reglas administrativas requieren que en todos los registros restringidos, toda identificacion informacion (items 1-5), relacion (articulo 7) y finalidad (articulo 8) deberan realizar los registros.

FOR OFFICIAL USE ONLY: CERTIFICATE # _____ DATE ISSUED _____ BY _____
--